

0.a. Objectif

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

0.b. Cible

Cible 3.4 : D'ici 2030, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être

0.c. Indicateur

Indicateur 3.4.1 : Taux de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques

0.e. Mise à jour des métadonnées

Mars 2021

0.f. Indicateurs connexes

Sans objet

0.g. Organisation(s) internationale(s) responsable(s) de la surveillance mondiale

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

1.a. Organisation

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

2.a. Définition et concepts

Définition :

Le taux de mortalité qui est attribué aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux maladies respiratoires chroniques.

Probabilité de mourir entre 30 et 70 ans de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques, définie comme le pourcentage de personnes âgées de 30 ans qui mourraient avant leur 70e anniversaire de maladies cardiovasculaires, de cancer, de diabète ou de maladies respiratoires chroniques, en supposant qu'elles connaissent les taux de mortalité actuels à chaque âge et qu'elles ne meurent pas d'une autre cause de décès (par exemple, de blessures ou du

VIH/sida). Cet indicateur est calculé à l'aide des méthodes des tables de survie (voir les détails au point 3.3).

Concepts :

Probabilité de décès : probabilité qu'un individu décède entre deux âges, compte tenu des taux de mortalité actuels à chaque âge, calculés à l'aide des méthodes des tables de survie. La probabilité de décès entre deux âges peut être appelée taux de mortalité.

Table de survie : table montrant l'expérience de mortalité d'un groupe hypothétique de nourrissons nés au même moment et soumis tout au long de leur vie à un ensemble de taux de mortalité par âge.

Maladies cardiovasculaires, cancer, diabète ou maladies respiratoires chroniques : Classification internationale des maladies (CIM-10), causes sous-jacentes de décès I00-I99, COO-C97, E10-E14 et J30-J98.

2.b. Unité de mesure

Probabilité

2.c. Classements

Les quatre causes non transmissibles de décès sont définies en termes de Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10) (voir 2.a).

3.a. Sources de données

La source de données privilégiée est le système d'enregistrement des décès avec une couverture complète et une certification médicale de la cause du décès. D'autres sources de données possibles sont les enquêtes auprès des ménages avec autopsie verbale et les systèmes d'enregistrement par échantillonnage ou sentinelle.

3.b. Méthode de collecte des données

L'OMS mène un processus formel de consultation des pays avant de publier ses estimations des causes de décès.

3.c. Calendrier de collecte des données

L'OMS demande chaque année aux États membres des données d'enregistrement des décès sous forme de tableau (incluant toutes les causes de décès). Les pays peuvent soumettre des statistiques annuelles sur les causes de décès à l'OMS sur une base continue.

3.d. Calendrier de diffusion des données

Fin 2020.

3.e. Fournisseurs de données

Les bureaux nationaux de statistique et/ou les ministères de la santé.

3.f. Compilateurs des données

OMS

3.g. Mandat institutionnel

Conformément à l'article 64 de sa constitution, l'OMS est mandatée pour demander à chaque État membre de fournir des statistiques sur la mortalité. En outre, le Règlement sur la nomenclature de 1967 de l'OMS affirme l'importance de compiler et de publier des statistiques sur la mortalité et la morbidité sous une forme comparable. Les États membres ont commencé à déclarer des données sur la mortalité à l'OMS depuis le début des années cinquante et cette activité se poursuit jusqu'à aujourd'hui.

4.a. Justification

Le fardeau de morbidité due aux maladies non transmissibles (MNT) chez les adultes augmente rapidement à l'échelle mondiale en raison du vieillissement et des transitions épidémiologiques. Les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques sont les quatre principales causes du fardeau des MNT. Il est important de mesurer le risque de mourir de ces quatre causes principales pour évaluer l'ampleur du fardeau de la mortalité prématurée due aux MNT dans une population.

4.b. Commentaire et limites

Les estimations des causes de décès présentent de grandes incertitudes pour certaines causes et certaines régions. Les lacunes et les limites des données dans les régions à forte mortalité renforcent la nécessité de faire preuve de prudence dans l'interprétation des évaluations comparatives des causes de décès au niveau mondial, ainsi que la nécessité d'accroître les investissements dans les systèmes de mesure de la santé des populations. L'utilisation de méthodes d'autopsie verbale dans les systèmes d'enregistrement d'échantillons, les systèmes de surveillance démographique et les enquêtes auprès des ménages fournissent certaines informations sur les causes de décès dans les populations qui ne disposent pas de systèmes d'enregistrement des décès qui fonctionnent et qui sont adéquats. Toutefois, il reste des défis considérables à relever en ce qui concerne la validation et l'interprétation de ces données, ainsi que l'évaluation de l'incertitude associée aux diagnostics des causes de décès sous-jacentes.

4.c. Méthode de calcul

Les méthodes utilisées pour l'analyse des causes de décès dépendent du type de données disponibles dans les pays :

Pour les pays dotés d'un système d'enregistrement de l'état civil de haute qualité, y compris des informations sur la cause du décès, l'enregistrement de l'état civil que les États membres soumettent à la base de données de l'OMS sur la mortalité a été utilisé, avec des ajustements si nécessaire, par exemple pour la sous-déclaration des décès, l'âge et le sexe inconnus et les causes de décès mal définies.

Pour les pays qui ne disposent pas de données d'enregistrement des décès de haute qualité, les estimations des causes de décès sont calculées à l'aide d'autres données, y compris des enquêtes auprès des ménages avec autopsie verbale, des systèmes d'enregistrement par échantillonnage ou sentinelle, des études spéciales et des systèmes de surveillance. Dans la plupart des cas, ces sources de données sont combinées dans un cadre de modélisation.

La probabilité de mourir entre 30 et 70 ans des quatre principales MNT a été estimée à l'aide des taux de mortalité par âge des quatre principales catégories de MNT combinées. À l'aide de la méthode du tableau de survie, le risque de décès entre 30 et 70 ans, pour l'une des quatre causes et en l'absence d'autres causes de décès, a été calculé à l'aide de l'équation fournie dans le document ci-dessous. Les codes CIM utilisés sont les suivants : maladies cardiovasculaires : I00-I99, cancer : C00-C97, diabète : E10-E14 et maladies respiratoires chroniques : J30-J98

Des formules pour (1) calculer le taux de mortalité par âge pour chaque groupe d'âge de cinq ans entre 30 et 70 ans, (2) traduire le taux de mortalité sur 5 ans en probabilité de décès dans chaque tranche d'âge de 5 ans, et (3) calculer la probabilité de décès de 30 à 70 ans, indépendamment des autres causes de décès, se trouvent à la page 6 du présent document (en anglais) :

« NCD Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications ». Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_FinalNOV2014.pdf?ua=1)

4.d. Validation

Les points focaux désignés par le pays (généralement au ministère de la santé ou au bureau national de statistique) ont été consultés au sujet du nombre de décès, dans le cadre de l'ensemble complet des causes de décès avant la publication.

4.e. Ajustements

Les décès de sexe inconnu ont été redistribués au prorata au sein des groupes de cause-âge de sexe connu, puis les décès d'âge inconnu ont été redistribués au prorata dans les groupes de cause-sexe d'âge connu.

4.f. Traitement des valeurs manquantes (i) au niveau national (ii) au niveaux régional

- Au niveau national

Pour les pays présentant des statistiques sur les causes de décès de grande qualité, une interpolation/extrapolation a été effectuée pour les années-pays manquants; pour les pays où les données sur les causes de décès sont de faible qualité ou inexistantes, la modélisation a été utilisée. La méthodologie complète peut être trouvée (en anglais) à l'adresse :

« WHO methods and data sources for global causes of death, 2000–2019 »
 (https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf)

- Aux niveaux régional et mondial

Sans objet

4.g. Agrégations régionales

Agrégation des estimations des décès par cause, âge et sexe par pays, et agrégation de la population par âge, sexe et pays comme dénominateur, le cas échéant.

4.h. Méthodes et instructions à la disposition des pays pour la compilation des données au niveau national

Les catégories de causes de décès (y compris les suicides) suivent les définitions de la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10). Veuillez consulter le tableau A de l'annexe du document (en anglais) « WHO methods and data sources for global causes of death, 2000–2019 » (https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf)

4.i. Gestion de la qualité

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a créé un Groupe de référence sur les statistiques de la santé en 2013 pour fournir des conseils sur les statistiques de la santé de la population à l'OMS, en mettant l'accent sur les questions méthodologiques et de données liées à la mesure de la mortalité et aux tendances de cause de décès. Le groupe a facilité l'interaction entre les institutions multilatérales de développement et d'autres groupes universitaires indépendants avec des groupes d'experts de l'OMS dans des domaines spécifiques, y compris les méthodes d'estimation des causes de décès.

4.j. Assurance de la qualité

Les principes de données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fournissent une base pour réaffirmer continuellement la confiance envers les informations et les preuves de l'OMS au sujet de la santé publique. Les cinq principes sont conçus pour fournir un cadre pour la gouvernance des données pour l'OMS. Les principes sont principalement destinés au personnel de l'OMS dans toutes les parties de l'Organisation afin d'aider à définir les valeurs et les normes qui régissent la manière dont les données qui entrent, circulent et sortent de l'OMS sont recueillies, traitées, partagées et utilisées. Ces principes sont rendus publics afin qu'ils puissent être utilisés et mentionnés par les États membres et les acteurs non étatiques collaborant avec l'OMS.

4.k. Évaluation de la qualité

Toutes les déclarations et allégations faites officiellement par le Siège de l'OMS concernant les estimations de l'état de santé au niveau de la population (pays, région, monde – par exemple, la mortalité, l'incidence, la prévalence, le fardeau de morbidité) sont approuvées par le Département des

données et de l'analyse (DDA) par le biais du processus d'autorisation exécutive. Cela inclut les instructions de « GATHER » qui fait la promotion des pratiques exemplaires en matière de déclaration des estimations de la santé à l'aide d'une liste de contrôle de 18 éléments qui devraient être déclarés chaque fois que de nouvelles estimations de la santé mondiale sont publiées, y compris des descriptions des données d'entrée et des méthodes d'estimation. Élaborées par un groupe de travail convoqué par l'Organisation mondiale de la Santé, les lignes directrices visent à définir et à promouvoir les bonnes pratiques en matière de déclaration des estimations de la santé.

5. Disponibilité des données et désagrégation

Disponibilité des données :

Près de 70 pays fournissent actuellement à l'OMS des données régulières de haute qualité sur la mortalité par âge, sexe et causes de décès, et 58 autres pays soumettent des données de qualité inférieure. Toutefois, l'OMS calcule systématiquement des estimations complètes de la cause de décès pour l'ensemble de ses États membres (avec un certain seuil de population).

Séries chronologiques : 2000-2019

Désagrégation :

Sexe

6. Comparabilité / Dérogation des normes internationales

Sources des divergences :

Dans les pays dotés de systèmes d'enregistrement de l'état civil de haute qualité, les estimations ponctuelles diffèrent parfois principalement pour deux raisons : 1) l'OMS redistribue les décès dont la cause est mal définie; et 2) l'OMS corrige les décès dont l'enregistrement est incomplet.

7. Références et documentation

(Toutes les références sont anglaises, sauf la résolution de l'AMS)

URL :

<http://www.who.int/gho/en/>

Références :

« NCD Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications ». Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2014 (http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_FinalNOV2014.pdf?ua=1)

Définition des indicateurs de l'OMS

(http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=3354)

« WHO methods and data sources for global causes of death, 2000–2019 »

(https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf)

Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé, WHA66.10 (2014) : Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, incluant l'Appendice 2 : Cadre global mondial de suivi comprenant 25 indicateurs et neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles. (consulter la résolution WHA66.10 (p. 17) et l'Appendice 2 (p. 154) dans le document https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-fr.pdf)

« WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020 » (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1)